FACULTÉ DE MÉDECINE

DE STRASBOURG.

ANNÉE 1941. N° 8

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul CROMBACK

NÉ LE 23 Mai 1909 à SAVERNE

CONTRIBUTION à L'ÉTUDE DES SUITES ÉLOIGNÉES DE MÉNISCECTOMIES

PRÉSIDENT : M. A. WEISS, PROFESSEUR

IMPRIMERIE GILLIOT

SAVERNE.

1940.

FACULTÉ DE MEDECINE

DE STRASBOURG.

ANNÉE 1940. N° .....

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Paul CROMBACK

NÉ LE 23 Mai 1909 à SAVERNE

CONTRIBUTION à L'ÉTUDE DES SUITES ÉLOIGNÉES DE MÉNISCECTOMIES

PRÉSIDENT : M. A. WEISS, PROFESSEUR

IMPRIMERIE GILLIOT

SAVERNE.

1940.

FACULTÉ DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	A. Forster ✲ ⚜ I.
Assesseur		G. Schaeffer ✲ ⚜ I.

PROFESSEURS TITULAIRES

Clinique médicale B	MM.	Ambard ✲ ⚜ I.
Embryologie et Tératologie		Ancel ✲ ⚜ I.
Clinique neurologique		Barré ✲ ⚜ I.
Histologie		Bouin O. ✲ ⚜ I.
Clinique O. R. L.		Canuyt ✲ ⚜ I.
Anatomie		Forster ✲ ⚜ I.
Clinique chirurgicale A		N.
Chimie biologique		Nicloux O. ✲ ⚜ I.
Hygiène et Bactériologie		Oberling ✲ ⚜ I.
Clinique dermatologique		Pautrier O. ✲ ⚜ I.
Clinique psychiâtrique		Pfersdorff ✲ ⚜ I.
Clinique ophtalmologique		Redslob ✲ ⚜ I.
Clinique gynécologique et Accouchements		Reeb ⚜ I.
Clinique infantile		Rohmer ✲ ⚜ I.
Physiologie		Schaeffer ✲ ⚜ I.
Pharmacologie et Médecine expérimentale		Schwartz ⚜ I.
Médecine légale et Médecine sociale		Simonin ✲ ⚜ A.
Hydrologie et Climatologie		Vaucher ✲ ⚜ I.
Physique biologique		Vlès ✲ ⚜ I.
Clinique chirurgicale B		Weiss ✲ ⚜ A.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Histologie ..... MM. Aron ✲ ⚜ I.
Anatomie ..... Bellocq ✲ ⚜ I.
Anatomie pathologique ..... Géry ⚜ I.

CHARGÉS DE COURS ET AGRÉGÉS

MM. Callot.
Gunsett O. ✲ ⚜ I.
Kayser ⚜ A.
Romey O. ✲ ⚜ A.
Tulasne.
Klein.

MM. Fontaine ⚜ A.
Hanns O. ✲ ⚜ I
Jung.
Keller ⚜ I.
Reiss ⚜ A.
Waitz ⚜ A.

MM. Gelma ✲ ⚜ I.
Humbert ✲ ⚜ A.
Kreis ⚜ A.
Warter.
Wolf ✲ ⚜ A.
Thivolle ⚜ A.

CHARGÉS D'UN COURS COMPLÉMENTAIRE

M. Roederer ⚜ I. M. Meyer Marcel ⚜ I. M. Simon ✲ ⚜ A.
M. Adler ⚜ A.

PROFESSEURS HONORAIRES

M. Chavigny C. ✲ ⚜ I. M. Stolz ✲ ⚜ I. M. Weill ✲ ⚜ I.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je me jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A MES CHERS PARENTS

EN TÉMOIGNAGE DE MA GRANDE RECONNAISSANCE.

A MA CHÈRE SŒUR, TRÈS AFFECTUEUSEMENT.

A MES ONCLES ET TANTES.

A MES AMIS.

A NOTRE MAITRE M. LE PROFESSEUR A. WEISS.

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Strasbourg qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre très vive reconnaissance pour l'acceuil bienveillant que nous avons reçu dans son service.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DE STRASBOURG.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543528_0058

INTRODUCTION:

De nombreux travaux ayant trait à la question des méniscectomies et de leurs suites opératoires éloignées, ont fait l'objet de publications récentes. La technique de l'intervention sanglante étant devenue une pratique courante, les résultats généralement heureux ont encouragé les chirurgiens à procéder à la méniscectomie dans tous les cas où la lésion méniscale entraînait une gêne fonctionnelle.

Notre maître, Monsieur le Professeur WEISS, a bien voulu nous suggérer l'idée de publier quelques résultats obtenus à la Clinique Chirurgiale B. des Hôpitaux de Strasbourg, à la suite de méniscectomies opérées dans les dix dernières années.

Nous remercions ici Monsieur le Professeur WEISS d'avoir bien voulu nous guider dans ce petit travail et pour les conseils éclairés qu'il a bien voulu nous donner, malgré les grandes difficultés des heures présentes.

Après un court rappel anatomique et quelques notions d'anatomie pathologique, nous exposerons brièvement la symptomatologie de lésions méniscales, ainsi que les différentes modalités de traitement préconisées.

Nous insisterons davantage sur les observations qui nous ont paru les plus intéressantes parmi le nombre relativement grand des cas opérés à la clinique chirurgicale B., et dont nous avons pu contrôler nous-mêmes les résultats opératoires éloignés.

Nous verrons ensuite les conclusions que nous aurons pu en tirer et comparerons nos résultats à d'autres publiés par différents auteurs. De la vaste bibliographie ayant trait à cette question, il nous a été impossible de consulter toutes les références, la guerre étant intervenue

et avec elle l'impossibilité matérielle de pouvoir nous procurer tous les articles originaux. Nous sommes donc bien loin d'avoir épuisé cette riche matière et nous nous en excusons.

Nous adopterons pour l'exposé de nos observations la classification des lésions méniscales indiquée par MM. MANCHET et TAVERNIER au Congrès de Chirurgie en 1926 (Journal de Chirurgie 1927 — N° 29 — page 115).

RAPPEL ANATOMIQUE:

Au point de vue anatomique, on se souvient que les cavités glénoïdes ne s'adaptent pas aux condyles fémoraux, leur concordance étant obtenue par l'interposition entre le tibia et le fémur de ménisques interarticulaires, nommés encore fibro-cartilages semi-lunaires.

Au nombre de deux, l'un interne, l'autre externe, chacun d'eux est une lame prismatique triangulaire, recourbée en forme de croissant. Chacun d'eux comprend une face supérieure, concave et en rapport avec les condyles fémoraux, une face inférieure appliquée sur la périphérie de la cavité glénoïde qui lui correspond. Leur face externe est convexe, épaisse, adhérente à la capsule articulaire, le bord interne concave et tranchant. Aux extrémités se trouvent les cornes, d'où partent les trousseaux fibreux qui constituent les ligaments et qui rattachent le fibro-cartilage aux surfaces rugueuses situées en avant et en arrière de l'épine du tibia.

Les deux ménisques diffèrent entre eux par leurs formes et leurs attaches.

Le ménisque externe a la forme d'un O presque fermé, sa corne antérieure s'attache à la surface prespinale en avant du tubercule externe de l'épine du tibia et en-dehors du ligament croisé antérieur. La corne postérieure s'insére immédiatement en arrière de l'épine du

tibia dans la dépression qui sépare, en arrière, les deux saillies de l'épine.

A l'extrémité postérieure du ménisque externe, se fixe un puissant faisceau — le ligament ménisco-fémoral — qui accompagne le ligament croisé postérieur et s'insère avec lui dans l'échancrure intercondylienne, sur le condyle interne.

Le ménisque interne a la configuration d'un C largement ouvert. Il s'attache par sa corne antérieure à l'angle antéro-interne de la surface préspinale, en avant du ligament croisé antérieur. Par sa corne postérieure, il se fixe sur la surface rétro-spinale, en arrière de la surface d'insertion du ménisque externe et en avant du ligament croisé postérieur.

Les deux ménisques sont réunis en avant par une bandelette fibreuse à direction transversale, appelée ligament transverse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE:

Les lésions des ménisques — nous ne tiendrons compte ici que des déchirures et luxations — se rencontrent surtout chez les adolescents et parmi eux spécialement chez les sportifs, notamment chez les foot-balleurs exposés aux mouvements brusques de l'articulation du genou.

Les mineurs aussi sont assez sujet à ce genre de lésions. Ceci s'explique par le fait, qu'après être restés longtemps en position accroupie, ils redressent brusquement leurs genoux. Tout effort, tout mouvement brusque, tout faux-pas ou toute chute, peuvent occasionner une rupture méniscale. De même, tous les traumatismes qui impliquent à la jambe un mouvement de torsion et de flexion, peuvent occasionner une déchirure ou luxation de l'un ou des deux ménisques. Quelquefois, les ménisques des deux genoux sont atteints, plus rarement les deux

ménisques du même genou sont traumatisés. On observe surtout des lésions du fibro-cartilage semi-lunaire interne. Pour MANCHET et TAVERNIER, il n'y a pas de distinction à faire entre la rupture ou fracture du ménisque et la luxation, la rupture étant la lésion primordiale, à la suite de laquelle la luxation se produit.

Les lésions méniscales semblent beaucoup plus fréquentes dans certains pays que dans d'autres. Plus fréquentes en Angleterre, que chez nous, R. JONES en aurait opéré plus de deux mille. Une telle différence entre les statistiques françaises et anglaises ne peut être attribuée à la méconnaissance des cas.

Au point de vue anatomo-pathologique, MANCHET et TAVERNIER distinguent cinq groupes de lésions méniscales que nous allons exposer brièvement ici et qui nous serviront de plan pour la classification de l'exposé de nos observations.

1°) Les cas les plus fréquents sont les fissures longitudinales. Elles sont complètes ou incomplètes et intéressent spécialement la partie antérieure du fibro-cartilage semi-lunaire. Souvent, en cas de fissure complète, une bandelette latérale reste attachée à la capsule articulaire, la bandelette s'écarte et remonte dans l'articulation intercondylienne. C'est la fracture du ménisque, dite "en anse de seau" ou meniscus bipartitus.

2°) On observe encore fréquemment un arrachement de la corne antérieure, arrachement partiel ou total.

3°) La rupture peut être transversale, elle est incomplète ou complète.

4°) L'arrachement de la corne postérieure, quoique plus rare que celui de la corne antérieure, se présente dans certains cas.

5°) Finalement, on distingue une dernière possibilité qui est la fissuration horizontale du ménisque.

Nous la rapprochons de la fracture en anse de seau et nous la classerons avec cette lésion.

A côté de ces lésions qui atteignent les ménisques, peuvent s'ajouter des désordres du côté des ligaments

extra- ou intra-articulaires ou bien des atteintes du cartilage articulaire.

Quant aux méniscites traumatiques, ce sont des lésions méniscales minimes qui ne peuvent produire des accidents de luxation.

Il ne faut pas perdre de vue que les cartilages étant dépourvus de vaisseaux sanguins, n'ont en conséquence aucune tendance spontanée à la cicatrisation.

Le mécanisme de toutes ces lésions est encore mal connu — rarement direct, il est presque toujours indirect et dû, soit à un mouvement combiné de flexion du genou et de rotation de la jambe, soit à un passage brusque de la position accroupie à la station debout.

Dans les mouvements de la jambre, les ménisques fixés au tibia par leur corne et par leurs bords à la capsule articulaire, sont solidaires des mouvements du tibia et les condyles fémoraux glissent sur eux.

De là, d'après MANCHET et TAVERNIER, si dans un mouvement forcé, le condyle fémoral coïnce le ménisque et l'entraine dans son mouvement, la base fixée à la capsule ne peut suivre le déplacement.

Il se produirait donc une déchirure longitudinale entre les deux parties de ce ménisque, tiraillées en sens contraire; déchirure dans le sens longitudinal, favorisée par la structure du ménisque, qui se compose, comme on le sait, de fibres longitudinales sans fibres d'union transversales. Cette lésion isole une bande méniscale qui flotte dans l'articulation et n'est plus fixée qu'en avant ou en arrière.

Rarement les ménisques sont lésés par écrasement.

SYMPTOMATOLOGIE.

Au point de vue clinique, l'accident initial passe rarement inaperçu. Les lésions méniscales se manifestent d'ordinaire par une série de luxations récidivantes. A

l'occasion d'un mouvement brusque dans le saut, le jeu ou simplement dans la marche, souvent en se retournant brusquement, quelquefois en passant de la position assise ou accroupie à la position debout, le sujet ressent une vive douleur et le genou s'immobilise en demi-flexion.

L'extension est limitée à 150 degrés, tandis que la flexion demeure possible. La douleur a le plus souvent son siège électif en avant du ligament latéral interne, au niveau de l'interligne articulaire, elle est augmentée par la palpation et par les tentatives d'extension du genou qui font souvent saillir le ménisque luxé sous forme d'un petit corps mobile. Le blocage est causé par une véritable luxation du ménisque; la flexion n'est pas gênée à cause de la profondeur de l'échancrure intercondylienne, mais le ménisque se coïnce pendant l'extension.

Des mouvements de flexion répétés et combinés à des pressions directes sur le ménisque, aboutissent souvent assez facilement à la réduction. Cette réduction s'accompagne fréquemment d'un craquement et d'une sensation immédiate de liberté des mouvements en même temps que la disparition des douleurs aigües.

Après un premier blocage, on observe souvent une suite d'accidents entrecoupés de périodes d'accalmies. Les blocages se répètent, variables en fréquence et en intensité. Souvent les malades restent des semaines et des mois sans avoir d'accident, ou bien réduisent eux-mêmes le blocage en souffrant à peine. D'autres, par contre, sont de véritables infirmes, leur genou se bloquant plusieurs fois par semaine et ces malades gardent constamment un genou douloureux et distendu. A la longue, ces formes graves s'atténuent, mais s'accompagnent d'hydarthrose chronique et d'une atrophie importante des muscles de la cuisse.

A côté de ces formes typiques, les lésions parcellaires se traduisent par des blocages frustes avec de simples coïncements douloureux qui arrêtent les mouvements pour un petit moment et sont souvent pris pour des entorses récidivantes.

D'autres formes frustes se manifestent simplement par de la douleur et de l'hydarthrose intermittente, accompagnées d'atrophie musculaire Les douleurs siègent d'habitude sur la corne antérieure du ménisque lésé; elles sont augmentées par la pression et passent par des phases d'exacerbation et d'atténuation avec hydarthrose concomittante.

DIAGNOSTIC:

Quant au diagnostic, le blocage franc et difficile à réduire est tout-à-fait caractéristique et ne donne lieu à aucune confusion, contrairement aux blocages frustes dûs souvent à d'autres causes diverses multiples, telles que corps étrangers articulaires, pincement des franges ou replis de la synoviale.

Il importe de connaître les formes frustes, parce qu'elles sont souvent prises pour des douleurs rhumatismales. Quant aux lésions méniscales accompagnées d'hydarthrose, elles passent fréquemment pour des hydarthroses tuberculeuses. C'est la constance du siège de la douleur qui est caractéristique de la lésion méniscale. D'après L. TIXIER et M. PATEL, un malade qui souffre d'un seul genou et dans ce genou toujours au même point méniscal, n'est pas un rhumatisant, ni un candidat à la tuberculose. Pour l'hydarthrose, c'est la périodicité qui est caractéristique.

Un point particulier reste encore à élucider, c'est le cas où il est dificile de savoir, lequel des deux ménisques d'un genou est en cause. Cette éventualité peut se produire quand les deux ménisques sont lésés ou quand la lésion d'un seul donne une réaction clinique diffuse ou croisée. TAVERNIER cite le cas de trois malades avec lésions des deux ménisques d'un genou: chez tous les trois, un des côtés présentait des manifestations douloureuses

tellement prédominantes que la lésion du côté opposé passait inaperçue et ne se manifestait qu'après l'ablation du ménisque le plus malade. Un de ces malades dût subir ultérieurement l'ablation du second ménisque, les deux autres s'accomodèrent d'accidents nets, mais peu importants.

Un dernier malade avait des douleurs si diffuses, qu'il fallut la radiographie sous pneumoséreuse pour reconnaître le côté malade.

La radiographie ne donne souvent que des renseignements médiocres et intidèles, cependant dans les cas où il subsiste un doute sur le côté lésé, une radiographie sous pneumoséreuse, quoique douloureuse et quelquefois difficile à interprèter, peut donner des renseignements précieux. Il est donc recommandé d'y procéder dans les cas douteux, car les incisions bilatérales sont beaucoup moins favorables dans leurs suites que les arthrotomies unilatérales.

Comme nous l'avons déjà mentionné, la guérison spontanée n'est pas possible et nous assistons à la répétition des mêmes accidents, souvent même après des années d'accalmie.

TRAITEMENT:

L'expérience a souvent appris au malade la façon de réduire lui-même sa luxation. S'il n'y arrive pas spontanément, la résolution musculaire obtenue par un long repos y suffit quelquefois toute seule et par le repos prolongé disparaissent douleurs et hydarthrose.

Nous n'avons aucun moyen pour empêcher le retour des accidents. Dès que leur intensité ou leur répétition causent une gêne sérieuse, la seule ressource est l'intervention sanglante.

La méniscopéxie ou suture du ménisque déchiré, autrefois préconisée par certains auteurs, est aujourd'hui

délaissée à cause des résultats supérieurs obtenus par le procédé de la méniscectomie.

La technique employée par la plupart des chirurgiens anglo-saxons et suisses, se limite à l'ablation, à travers une petite incision antérieure des débris flottants du ménisque déchiré. De temps à autres, on assiste à la récidive des accidents dûs à la persistance de la corne postérieure. On préfère donc actuellement la méniscectomie totale.

La technique opératoire actuellement préférée, consiste dans l'arthrotomie transversale avec section d'un ligament latéral, étant la seule qui permette de faire facilement un examen complèt et une ablation totale du ménisque; les arthrotomies antérieures les plus larges laissent par contre forcément échapper à l'observation les lésions restreintes à la corne postérieure et la désinsertion des attaches capsulaires de cette corne.

On a craint que l'incision du ligament latéral n'entraînât une laxité excessive de l'articulation. Après une suture correcte du ligament en attitude de relâchement, c'est-à-dire en flexion légère du genou, on ne court aucun risque de ce genre. A. JENTZER cite le cas d'une laxité latérale notable à la suite d'une incision antérieure. Pour TAVERNIER, 73 cas opérés par arthrotomie transversale, n'avaient donné ni laxité, ni manque de solidité du genou.

L'absence du ménisque ne gêne en rien le fontionnement ultérieur de l'articulation. Quelques opérés conservent une faiblesse du genou, causée par l'atrophie musculaire en la persistance de légers mouvements de latéralité. C'est là l'exception, la plupart des opérés obtiennent une restauration fonctionnelle intégrale, comme nous allons le voir par la suite.

Le traitement post opératoire en usage à la Clinique a été légèrement modifié dans les dernières années.

Jusqu'en 1935 environ, attelle jusqu'au moment de l'ablation des fils, puis pansement fixatif amidonné pendant trois semaines, ensuite mobilisation active et passive.

Dans les dernières années, immobilisation pendant une dizaine de jours sur une attelle de bois ou dans une gouttière plâtrée préparée d'avance. Après ablation des fils mobilisation lente et progressive dans le lit pendant une huitaine de jours, puis station debout et marche de plus en plus prolongée. Ceci pour les cas normaux.

Contrôle systématique du genou opéré le troisième jour. En cas d'épanchement intra-articulaire ponction et pansement compressif et ensuite mobilisation très prudente.

Il ne nous a pas été possible d'exposer ici la totalité des cas de méniscectomies opérés à notre Clinique depuis 1930, un certain nombre d'observations ayant été incomplètes. D'autre part, et c'est le cas pour beaucoup d'entre eux, il ne nous a pas été possible de revoir et de contrôler les résultats post-opératoires, ayant perdu de vue de nombreux malades.

Nous avons pu réunir 33 cas opérés entre 1930 et 1939 et procéder à un examen complet après avoir convoqué les malades à la Clinique. Nous classerons les observations selon les lésions méniscales trouvées à l'intervention en commmençant à l'intérieur de chaque groupe par les observations les plus anciennes. Pour chaque cas, nous exposerons l'histoire de la maladie, le résultat de l'examen clinique, le compte rendu opératoire et finalement le résultat de la méniscectomie. —

— ● —

FRACTURES LONGITUDINALES EN ANSE DE SEAU ET FISSURATIONS HORIZONTALES.

1930 M. M. . . . L.

En novembre 1929 en voulant soulever un objet lourd M. sent brusquement un craquement au niveau de son genou droit. De suite le malade a l'impression que quelque chose s'est déplacé dans son articulation. La marche est entravée et le genou douloureux. Après quelques mouvements tout rentre en ordre. A partir de ce moment les phénomènes se répètent chaque fois que le malade est assis et veut se relever, mais il ne sent plus de déplacement intra-articulaire.

L'examen clinique fait conclure à une lésion méniscale et on décide l'intervention.

A l'opération par incision longitudinale du ligament latéral on tombe sur un ménisque fendu en longueur, en "anse de seau". On procède à l'extirpation du ménisque.

Nous avons pu revoir le malade après 9 ans — le résultat opératoire est excellent; la marche très bonne; le malade peut marcher longtemps sans éprouver de douleurs; tous les mouvements de l'articulation sont libres; aucun mouvement de latéralité; plus de récidive de blocage.

—:—:—:—

1930 — M. Sch. . . . 35 ans.

En 1920 en soudant au marteau pneumatique, M. Sch. aurait appuyé ce marteau sur la partie interne du genou gauche. Pendant ¾ d'heure les chocs ont donc porté sur le genou. Immédiatement après avoir cessé son travail, le malade ressent une douleur au niveau de genou et ne peut marcher qu'en trainant la jambe. Le malade porte un bandage élastique à partir de ce jour. Trois mois après en travaillant en position agenouillée le malade veut se relever brusquement; il remarque pour la première fois que son genou est bloqué en demi-flexion. Le blocage diminue peu à peu et Sch. ne peut marcher qu'en s'appuyant sur la pointe des pieds. Depuis cette époque le genou s'est bloqué plusieurs fois, le blocage étant suivi chaque fois d'une tuméfaction durant 8—15 jours. Quatre ans après le premier accident l'intéressé en appuyant la face interne du pied contre la terre pour essuyer

son pied, sent son genou se bloquer subitement. On remarque à la palpation une saillie faisant corps mobile du coté interne du genou. A l'opération on pratique deux incisions verticales avec section longitudinale du ligament latéral interne. Le ménisque est luxé en dehors et présente une fracture longitudinale en "anse de seau." Ablation complète du ménisque interne. Après l'opération traitement opératoire habituel.

Controlé 9 ans après l'opération Sch. ne se plaint plus de douleurs à la marche non forcée; il peut faire du cyclisme et monter facilement les escaliers. La flexion est complète; l'extension presque complète. Cependant on remarque une légère tuméfaction du genou, et un faible mouvement de latéralité en flexion. Le port de poids lourds ainsi qu'une longue marche gènent un peu le malade. Restant assis longtemps le malade a du mal à se relever et étendre la jambe.

Dans ce cas particulier, quoique beaucoup amélioré, l'état du genou opéré laisse encore à désirer.

—:—:—:—

M. L . . . A. 25 ans serrurier.

Six mois avant son admission à l'hôpital, en voulant monter sur un échaffaud, L. ressent subitement une violente douleur au niveau de son genou droit; la douleur est passagère. Trois mois plus tard ayant tourné son pied droit en rotation externe il ressent la même douleur au même endroit. Il ne peut plus étendre sa jambe. La marche lui est impossible.

A l'examen on constate un blocage du genou; l'extension spontanée est impossible; on arrive cependant à étendre la jambe progressivement avec un peu de force. Le genou est très douloureux du côté interne. Pas de choc rotulien, pas de mouvement de latéralité. On sent sur l'interligne articulaire du côté interne du genou une saillie mobile qui semble être le ménisque luxé. On décide l'intervention.

Incision transversale, section du ligament latéral; on incise directement sur le ménisque. On ouvre l'articulation et on constate que la partie antérieure du ménisque est fendue horizontalement; la moitié interne étant décollée de son insertion et flottant dans l'articulation. Entre le tiers moyen et le tiers postérieur il se trouve une irrégularité comme une fente transversale. On extirpe le ménisque dans sa totalité. Traitement post-opératoire habituel.

Revu après huit ans le malade présente un genou en bon état. La flexion et l'extension sont redevenues normales; plus de douleurs à la marche, sauf pendant les changements de temps. Pas de mouvement de latéralité.

—:—:—:—

1935 M. G. . . . 36 ans.

Le malade serait tombé en 1929 sur son genou droit; le genou enfle considérablement et le malade est obligé de s'aliter quinze jours. Il reprend son travail, mais reste incommodé par son genou qui est toujours tuméfié et douloureux. Au bout de six mois G. remarque une tuméfaction plus considérable. Son médecin le ponctionne et en retire une certaine quantité de liquide. L'état reste stationnaire, puis le genou enfle à nouveau et les douleurs deviennent considérables. A partir de ce moment le genou est ponctionné à quatre reprises. Le malade n'a jamais eu de blocage véritable, mais il remarque que quelque chose s'oppose au redressement de son genou. L'extension et la flexion sont très limitées. Un an avant son entrée à l'hôpital le malade remarque qu'à l'extension une petite saillie apparaissait au niveau de l'interligne articulaire, saillie qui s'effacait à la flexion moyenne. Cette petite saillie aurait été très mobile, il s'agissait vraisemblablement du ménisque interne.

A l'examen on constate une grosse tuméfaction du genou. A la ponction on retire 100 cc. de liquide citrin. On localise un point douloureux du côté interne du genou au niveau de l'interligne articulaire. A la flexion passive on sent un craquement dans le genou.

A l'opération en 1933 par arthrotomie transversale on tombe sur un ménisque déchiré longitudinalement en anse de seau, chroniquement enflammé. On l'extirpe avec une masse de tissu fibreux qui y adhère et qui fait saillie en dehors sur la ligne interarticulaire.

Revu 6 ans après l'opération la flexion est limitée à 90 degrés environ, l'extension est libre. On sent pendant les mouvements un ressaut au niveau de l'articulation. Le malade ne se plaint de douleurs qu'à la marche prolongée. Il y a un léger mouvement de latéralité vers le côté interne. Par moments G. donne l'impression de ménager sa jambe en marchant.

—:—:—:—

1937 M. W. . . . 18 ans.

Deux mois avant l'opération, en tirant sur une corde qui se déchire, le malade fait une chute sur son genou droit, d'où il résulte un mouvement de torsion. En se relevant le malade ne peut plus marcher, le genou enfle immédiatement, l'extension complète de la jambe n'est plus possible. W. reste couché durant trois semaines. La tuméfaction disparait lentement, mais il reste un certain blocage du genou. Le malade reprend le travail, mais reste assis constemment, la marche étant très pénible. Malgré les frictions que son médecin lui prescrit, il n'y a aucune amélioration. Le malade se fait admettre à la clinique.

A l'examen on constate que le genou droit est enflé et présente un léger épanchement. La palpation et la mobilisation provoquent des douleurs au niveau de l'interligne articulaire. La flexion est presque normale, l'extension est incomplète.

A l'intervention par incision latérale on trouve un ménisque fendu en anse de seau qu'on extirpe totalement. Traitement post opératoire habituel. Après trois semaines le malade quitte la clinique en bon état; légère boiterie.

Revu deux ans après l'opération le malade marche normalement et le genou n'est douloureux qu'après un long effort. La flexion et l'extension sont complètes. La différence de périmètre entre les deux genoux est de 1—1,5 cm. Aucun mouvement de latéralité.

—:—:—:—

1938 M. P. . . . 21 ans . . . footballeur.

Ayant fait un faux mouvement quatre mois avant son admission le malade a ressenti une vive douleur du côté interne du genou droit. A ce moment il présente quelque signe de blocage fruste. Depuis ce jour P. ressent des douleurs au genou, qui enfle, après des marches prolongées et le malade accuse un mouvement de latéralité très gênant. Il est alors obligé de s'arrêter un instant, puis il peut reprendre la marche.

A l'examen on constate que le genou est douloureux sur la face interne. On remarque des signes de blocage; l'extension étant incomplète. A la demi-flexion les mouvements de latéralité sont très nets; à l'extension on peut faire bailler le genou vers l'intérieur. Une lésion du ménisque interne paraissant évidente on décide l'intervention.

On incise longitudinalement sur la face interne du genou. Le ligament latéral interne est complètement relâché et atrophié. Le ménisque interne est déchiré en anse de seau; sa partie interne bride le condyle à l'intérieur de l'articulation. On extirpe le ménisque dans sa totalité.

Le malade fait une hémarthrose dans la suite, qu'on ponctionne. Après quelques jours on enlève les fils et on applique un pansement fixatif.

Revu après un an ½ on se rend compte que la marche est redevenue normale; l'extension et la flexion sont complètes. Léger mouvement de latéralité. Le malade a recommencé à jouer au foot-ball sans aucune gêne.

—:—:—:—

1938 M. M. . . . . Ph. 47 ans.

En janvier 1938 le malade tombe sur son genou en glissant. Il ressent immédiatement des douleurs très vives du côté interne de son genou droit. A partir de ce moment les mouvements de flexion et d'extension sont très douloureux et incomplets. Malgré un repos de trois semaines les douleurs ne cessent pas. La marche est très pénible et l'extension complète impossible. Le malade prétend que les mouvements du genou sont accompagnés d'une sensation de craquement.

A l'examen le genou est en demi-flexion; on localise une douleure éléctive au niveau du côté interne de l'interligne articulaire. On palpe à cet endroit une saillie qui se manifeste nettement à l'extension et qui a tendance à s'effacer à la flexion. Les mouvements de flexion et d'extension sont douloureux et s'accompagnent d'une sensation de répétition. La radiographie ne révèle pas de lésion osseuse visible. Immobilisation du genou selon la méthode habituelle de la Clinique. Le malade revient après quatre semaines sans amélioration.

On décide l'intervention par arthrotomie longitudinale et on trouve à l'opération un ménisque déchiré en anse de seau dans toute la longueur. Méniscectomie.

Revu un an ½ après l'opération le malade éprouve des douleurs au genou dans les positions extrêmes; l'extension est encore un peu gênée; la différence de périmètre des deux genoux est de 1,5 cm. Pas de mouvement de tiroir. Le malade est très gêné en montant et descendant les escaliers. Après une longue marche le genou enfle.

—:—:—:—

1930 M. Z. . . . 25 ans.

Le malade en travaillant heurte du genou gauche le coin d'une armoire. Il y ressent aussitôt une forte douleur et se trouve dans l'impossibilité d'étendre sa jambe. Le lendemain il travaille de nouveau, fait une chute et tombe sur ce genou. Le lendemain son genou est tuméfié. Son médecin le ponctionne et retire du liquide jaune citrin et lui met un pansement platré sans réussir toutefois à mettre la jambe en extension.

Le malade se fait admettre à la clinique. On constate une tuméfaction du genou; un choc rotulien. Les méplats sont effacés. Le malade refuse l'opération et quitte le service.

Onze mois plus tard Z. revient parce que les blocages du genou sont devenus de plus en plus fréquents (quelque fois 2 à 3 récidives par semaine). Par une pression énergique sur la partie interne au niveau de l'interligne il obtient régulièrement la réduction.

A l'examen pas de tuméfaction; les mouvements du genou sont libres et indolores. Mais à la palpation on sent, la jambe étant en extension, une saillie qui disparait à la flexion.

A l'opération par arthrotomie longitudinale du côté interne on tombe sur un ménisque épaissi à sa partie intérieure et présentant une fissuration longitudinale. Ablation totale du ménisque interne.

Suites opératoires normales; application d'un pansement fixatif durant trois semaines.

Contrôlé plus de 8 ans après l'opération: les mouvements actifs et passifs sont entièrement libres; le malade ne se plaint de rien, il peut faire de longues marches. Le périmètre du genou opéré dépasse de 1 cm celui du genou sain.

—:—:—:—

1930 M. H. . . . Albert. 20 ans.

En 1927 H. a été hospitalisé une première fois pour hydarthrose du genou droit survenue sans cause. Ponctionné 3 ou 4 fois l'épanchement s'est finalement résorbé et n'a pas récidivé. Le malade marche bien de nouveau et ne ressent plus de douleurs. Six semaines avant sa deuxième admission, en 1930, le malade fait une chute sur le même genou et le genou se tuméfie quelques jours après, par suite d'un important épanchement. La marche

devient extrêmement pénible et douloureuse. H. se fait admettre à la Clinique.

A l'examen on constate une augmentation de volume du genou malade. Les méplats sont effacés, les contours empâtés. La flexion et l'extension sont normales. A la palpation on ne sent pas de choc rotulien; la bourse quadricipitale est distendue. Le malade éprouve à la palpation une vive douleur sur la partie interne de l'interligne articulaire où il semble que l'on percoive le ménisque interne faisant une légère saillie. Le périmètre du genou malade est augmenté de 3 cm par rapport au genou normal.

On procède à l'intervention par une incision verticale du côté interne de la rotule. On fait l'extirpation du ménisque interne qui présente une déchirure longitudinale et une subluxation vers le dehors. Suture du ligament. Traitement post-opératoire selon la méthode habituelle de la Clinique.

Revu 9 ans après l'opération, le malade ne présente plus aucune tuméfaction de son genou opéré. L'extension et la flexion sont complètes. Le malade ne se plaint plus de douleurs, sauf au changement de temps et la marche est redevenue tout à fait normale. On ne constate aucun mouvement de latéralité.

—:—:—:—

1935 M. J. . . . A. 32 ans cultivateur.

Un an avant son admission à la Clinique en voulant charger un lourd fardeau sur son épaule, le malade plie sous la charge et le genou gauche est porté en dehors. A ce moment le malade ressent un craquement au genou ainsi qu'une vive douleur. J. essaye de se redresser, sent un nouveau craquement et le genou se remet en place. Les jours suivants le genou est légèrement tuméfié, mais n'empêche pas le malade de travailler. Depuis ce premier accident, dès que le malade exécute des mouvements de torsion combinés à des mouvements de flexion son genou gauche se bloque. Mais il serait toujours arrivé à réduire ces blocages. La veille de son admission J. fait un faux mouvement en descendant un escalier et le genou reste bloqué en lègère flexion. Il ressent de vives douleurs et ne peut plus s'appuyer sur sa jambe gauche.

A l'examen on constate que le genou gauche est bloqué en légère flexion, l'extension est incomplète, mais la flexion est libre. Pas d'épanchement articulaire. Vive

douleur à la palpation du côté interne de l'interligne articulaire. La radiographie ne révèle aucune lésion ostéo-articulaire.

A l'opération par incision longitudinale on voit un ménisque interne déchiré dans toute sa longueur et dont la partie interne est luxée en dehors. On procède à l'extirpation de tout le ménisque. Pansement fixatif durant trois semaines.

Revu quatre ans après l'intervention le malade ne présente plus de limitation des mouvements de flexion et d'extension. La marche est normale, la position accroupie non gênée. Pas de mouvements de latéralité. Le malade ne se plaint de rien sauf de légères douleurs pendant les changements de temps. Le genou opéré a un périmètre supérieur de 1 cm à celui du genou sain.

—:—:—:—

1937 M. Sch. . . . 41 ans.

En travaillant en position accroupie et en voulant se relever Sch. ressent une vive douleur à la partie interne du genou droit et il est dans l'impossibilité d'étendre sa jambe, son genou étant bloqué. Après quelques mouvements de flexion et d'extension et de pression normale sur le genou le malade arrive, non sans peine, à le débloquer. Il ressent un coup sec qui met fin au blocage. Sch. peut se relever et marcher. Quelque temps après, s'étant remis en possition agenouillée, l'intéressé ressent une douleur intense accompagnée d'un nouveau blocage du genou. Malgré toutes les manoeuvres il n'arrive plus à le réduire.

A l'inspection le genou droit est tuméfié. La palpation montre un choc rotulien. Les méplats sont effacés et le genou est légèrement fléchi. On sent au niveau de l'interligne articulaire une petite saillie qui se déplace lorsqu'on implique un mouvement d'extension et de flexion à la jambe. On pense à une déchirure du ménisque interne et on décide l'intervention.

A l'opération par arthrotomie longitudinale on tombe sur un ménisque épaissi et injecté et qui présente à sa partie externe une fissuration longitudinale. Le ménisque est extirpé. Les suites post-opératoires immédiates sont bonnes.

Revu deux ans après la méniscectomie, la flexion et l'extension sont complètes. La position agenouillée est douloureuse, la marche est bonne mais le genou a une lé-

gère tendance à la rotation interne. Pas de mouvement de latéralité. Le genou opéré est légèrement tuméfié par rapport à l'autre.

—:—:—:—

1937 M. H. . . . 28 ans.

En descendant de bicyclette H. aurait fait un mouvement malheureux; il sent fléchir sa jambe droite, ressent une violente douleur au niveau de l'articulation de son genou et n'arrive plus à étendre sa jambe malgré les tentatives de réduction du blocage. Son médecin l'adresse à la clinique pour suspicion de lésion du ménisque interne.

A l'examen on constate un genou légèrement tuméfié, douloureux et surtout des signes très nets de blocage. On décide l'intervention.

A l'opération on procède à l'arthrotomie par une incision verticale du côté interne du genou. Le ménisque interne est déchiré dans le sens de la longueur; sa moitié externe est luxée vers le dehors. On extirpe le ménisque interne. Pansement fixatif durant une semaine. Les suites post-opératoires sont normales.

Revu deux ans après l'opération, nous pouvons constater que la flexion et l'extension sont complètes. Aucun mouvement de latéralité, le genou opéré n'est nullement tuméfié. La marche est normale; le malade affirme que la marche de longue durée provoquerait des douleurs au niveau du genou opéré. Par contre le malade qui avait fait autre fois beaucoup de gymnastique est gêné dans le saut depuis son opération.

—:—:—:—

1938 Melle. B. . . . . 33 ans.

En se baissant B. tombe sur son genou droit et remarque un craquement au niveau de l'articulation de ce genou, elle sent une vive douleur et ne se relève qu'avec peine. Elle continue à travailler mais sent une gêne constante et traine la jambe. La flexion et l'extension sont gênées. Les douleurs sont plus vives la nuit, le genou enfle. Soignée par diathermie et massages, la malade n'observe qu'une amélioration passagère.

A l'examen on constate une tuméfaction du genou droit; on sent une légère saillie à la palpation au niveau de l'interligne articulaire.

A l'opération par incision transversale on tombe sur une tumeur fibreuse bien délimitée révélant des traces

d'une fissure horizontale. Extirpation du ménisque. Suture du ligament.

Revue après un an et demi on constate une légère tuméfaction du genou opéré; une différence de périmètre 1,5 à 2 cm. La malade accuse une légère gêne à la flexion et à l'extension, pas de douleurs mais souvent de la fatigue. La position accroupie serait presque impossible.

—:—:—:—

1938. M. V. . . 17 ans.

En jouant au foot-ball V. tombe sur son genou droit, mais peut cependant se relever seul et continuer à jouer. Depuis ce temps il éprouve de la gêne à la marche, son genou enfle dès qu'il le force. Cette tuméfaction dure habituellement deux à trois jours, le genou est alors douloureux et d'après ce que dit le malade les douleurs s'irradieraient jusque dans le pied. Un essai de quelques infiltrations à la scurocaïne est resté sans succès. Le malade marche, mais la marche est douloureuse et accompagnée de tuméfaction du genou.

A l'examen on constate que le genou est enflé et que l'extension complète est impossible. Il existe un point excessivement douloureux au niveau de l'interligne articulaire du côté externe. On décide la méniscectomie.

On incise la face latérale externe à deux travers de doigts du bord externe de la rotule. On incise longitudinalement le ligament latéral externe et on ouvre la capsule articulaire. On trouve un ménisque très mobile présentant une fissure longitudinale et un épaississement important du bord externe formant un véritable bourrelet. On procède à l'extirpation du ménisque. On suture successivement la capsule articulaire et le ligament latéral externe.

Le genou est mobilisé le neuvième jour et le malade se lève le treizième.

Revu un an et demi après l'opération le genou opéré présente une augmentation de périmètre de 1,5 à 2 cm. La mobilité, tant la flexion que l'extension, est redevenue normale. Le genou est un peu douloureux aux positions extrêmes. Le malade marche sans difficultés, fait de la bicyclette, mais éprouve la sensation d'un corps étranger articulaire dans les mouvements de flexion rapide. Pas de mouvements de latéralité.

—:—:—:—

1939. M. G. . . . 24 ans, tanneur.

Pendant un match de foot-ball le malade donne un coup de pied maladroit en ayant son pied en flexion et en abduction. Il sent immédiatement un craquement au niveau du côté interne de son genou droit. La marche devient presque impossible. Transporté chez lui G. se couche, son genou enfle de suite malgré les applications de pansements humides. La douleur et l'impossibilté de marcher persistent, le malade se fait admettre à la clinique.

A l'examen on constate que le genou est tuméfié surtout du côté supéro-interne. Il est douloureux à la palpation et lorsque le malade exécute des mouvements. La flexion et l'extension surtout sont limitées. On palpe sur la face interne au niveau de l'interligne articulaire une saillie mobile qui semble être le ménisque luxé.

On intervient en incisant le ligament longitudinalement; l'ouverture de l'articulation donne issue à un écoulement de liquide synovial. La corne antérieure du ménisque est désinsérée et fendue horizontalement. On extirpe la partie antérieure du ménisque.

On commence la mobilisation le huitième jour; le quinzième jour le malade se lève.

Revu huit mois après l'opération le genou est en parfait état, la marche redevenue normale, plus de signes de blocage, l'extension étant complètement libre. Aucun mouvement de latéralité.

—:—:—:—

Arrachement partiel ou total de la corne antérieure.

1939. M. M. . . . Jacques 56 ans.

Un an avant l'intervention le malade aurait ressenti une vive douleur du côté interne du genou, à la suite d'un mouvement maladroit de la jambe droite tournée en rotation externe. Cette douleur serait continue, plus forte dans la position assise et au lit que pendant la marche. Depuis cette époque les douleurs auraient empiré et le genou aurait présenté une tuméfaction du coté interne.

A l'examen on constate en effet que le genou droit est enflé du côté interne. Le genou malade présente une augmentation de périmètre de 1,5 à 2 cm. La palpation provoque une vive douleur du côté interne de l'interligne articulaire. Les mouvements passifs sont libres, les mou-

vements actifs légèrement limités à l'extension et diminués de force.

On procède à l'opération par une incision longitudinale de la face interne du genou droit; on ouvre l'articulation et on voit que le ménisque interne présente un arrachement partiel de la corne antérieure. Tout le ménisque est extirpé. Soins post-opératoires habituels.

Revu six ans après l'opération le résultat est parfait. Le malade ne présente aucune limitation à la flexion et à l'extension. La différence de périmètre des deux genoux est de ½ cm. Le malade ne ressent plus aucune gêne à la marche et dans les autres mouvements. Pas de mouvements de latéralité.

—:—:—:—

1934. M. S. . . . 39 ans.

Quatre ans avant son admission S. serait tombé d'un wagon et aurait glissé sur le genou gauche, la jambe en rotation interne. Le genou aurait enflé, aurait été très douloureux, mais n'aurait pas empêché la marche. Depuis ce temps S. aurait éprouvé une gêne fonctionnelle à la marche. Quelques temps avant son admission son état s'est empiré. Malgré le traitement aux rayons X et un pansement fixatif il n'y a aucune amélioration. Admission à la clinique.

A l'examen on constate que le genou est légèrement tuméfié, les méplats un peu effacés. La palpation est douloureuse. Pas de choc rotulien, pas de mouvements en tiroir. La flexion active est limitée à 45° de même la flexion passive. Le malade peut marcher, mais boite perceptiblement et ressent de vives douleurs au niveau de l'interligne articulaire, bref, signes très nets de blocage.

A l'opération on voit le ménisque flottant librement dans l'articulation. Au niveau de son insertion antérieure on voit un arrachement partiel de la corne antérieure, la partie médiane du ménisque est complètement effilochée. Méniscectomie par voie d'incision longitudinale. Soins postopératoires habituels.

Revu 5 ans après l'opération on constate que la flexion se fait à peine à 90°; la position agenouillée est douloureuse, le genou enfle pendant la marche, l'extension complète n'est pas possible. Le malade est obligé de porter une bande caoutchoutée. La marche est accompagnée d'une légère boiterie. Pas de nouvements de latéralité.

—:—:—:—

1935. M. H. . . . 20 ans.

En jouant au foot-ball H. . a reçu un coup de pied au genou droit, deux mois avant son admission. Il remarque une tuméfaction de son genou, mais peut néanmoins continuer à jouer sans trop de gêne, le jour même de l'accident. Le malade n'a remarqué aucune ecchymose au niveau de son genou. Au bout de huit jours la tuméfaction a disparu et le malade ne ressent plus aucune gêne en marchant et il peut recommencer à jouer au foot-ball au bout de quinze jours. Pendant le jeu le malade remarque qu'en faisant un faux mouvement de sa jambe droite, une petite saillie mobile se fait sentir du coté externe du genou et donne lieu a une tuméfaction. Le malade consulte son médecin qui lui propose l'intervention pour lésion méniscale.

A l'examen on remarque la saillie du côté externe du genou qui devient surtout apparente lorsque le malade exécute des mouvements du genou. Le genou est enflé, l'extension et la flexion sont normales.

On entreprend l'intervention par une incision longitudinale sur la face antéro-externe du genou. Le ménisque externe est désinséré sur sa partie antérieure et présente une fissure transversale de la corne antérieure. On procède à la méniscectomie. Immobilisation du genou comme d'habitude.

Contrôlé quatre ans après l'opération, le malade ne présente aucune limitation à l'extension et à la flexion du genou. La marche est normale. Pas de mouvements de latéralité. Le malade rejoue de nouveau au foot-ball et ne ressent qu'une légère douleur passagère en exécutant des mouvements forcés. Aucune tuméfaction du genou, pas de différence de périmètre entre les deux genoux.

—:—:—:—

1935. M. T. . . . Louis 34 ans, bûcheron.

En janvier 1935 au cours de l'abatage d'un arbre le malade glisse sur la neige et tombe, sa jambe gauche en rotation externe. Le malade peut ramener sa jambe dans la position normale, mais ne peut plus se relever. Au moment de la chute le malade aurait ressenti une vive douleur au niveau de son genou gauche et aurait perçu un craquement dans l'articulation. On aide le malade à se relever et après quelques mouvements passifs et une traction exercée sur la jambe, les douleurs cessent immédiatement et le malade peut de nouveau marcher. L'exten-

sion reste cependant limitée. Deux semaines après cet accident un nouveau blocage se fait et le malade arrive à le réduire. Cinq jours plus tard voulant se retourner brusquement nouveau blocage et le malade est obligé de se faire porter à la maison. Il reste couché une semaine, seuls les mouvements de flexion sont possibles. Le malade se fait admettre à la clinique.

A l'examen on constate une saillie mobile lorsque le malade exécute des mouvements, au niveau du côté interne de l'interligne articulaire. A la palpation le genou est douloureux. Signe net de blocage.

A l'opération par arthrotomie longitudinale on tombe sur un ménisque interne détaché sur toutes ses insertions, fracturé en avant et traversant le plateau tibial comme une corde. On fait l'extirpation totale. Pansement fixatif.

Revu quatre ans après l'opération le malade ne marche que difficilement. Les mouvements de flexion et d'extension sont très limités et douloureux. On constate un mouvement de latéralité assez important. Le malade est très gêné dans ses occupations. Bref le résultat peut être considéré comme nettement insuffisant.

—:—:—:—

1938. M. A. . . Robert, 27 ans.

Le malade tient sa lésion méniscale d'un accident d'auto; il aurait été renversé par une automobile dont le pare-choc l'aurait heurté dans le creux poplité du genou gauche. Un premier examen du genou traumatisé le jour même de l'accident ne révèle rien de particulier. Le lendemain le genou est douloureux, tuméfié et la marche considérablement gênée. Son médecin lui conseille des compresses humides et du repos; finalement on lui applique un pansement fixant amidonné durant 15 jours. Comme le malade ne constate aucune amélioration il se fait admettre à la clinique.

L'examen est très pénible. A la palpation le malade accuse une violente douleur au niveau de l'interligne articulaire du côté interne. A la mobilisation du genou on sent une légère saillie au même niveau, saillie qui disparaît à l'extension. D'après la radiographie on croit reconnaître une déchirure du ménisque interne.

On opère le malade en incisant longitudinalement sur la face latérale interne du genou gauche. On sectionne dans le sens de la longueur le ligament latéral interne et on ouvre la capsule articulaire. On se rend compte que la corne antérieure du ménisque est fissurée et présente un

piqueté hémorragique. On extirpe le ménisque dans sa totalité. On suture soigneusement la capsule et le ligament latéral interne et on immobilise la jambe sur une attelle.

Les suites opératoires sont bonnes. On mobilise le genou le neuvième jour, mais le malade très pusillanime n'exécute que peu de mouvements par peur de douleur. On prescrit des massages et on procède à la mobilisation passive du genou. Le malade se lève le seizième jour.

Revu dix huit mois après l'opération le malade n'accuse plus de douleurs au niveau du genou. La marche et la course sont redevenues tout à fait normales. Aucune tuméfaction du genou opéré. L'extension est complète, la flexion légèrement limitée.

—:—:—:—

1938. M. F. . . . 36 ans.

A fait une chute en ski quatre semaines avant son admission. En se relevant il ressent une douleur assez intense du côté de la face interne du genou droit. Il peut continuer à skier, mais éprouve dans la nuit de violentes douleurs et remarque une tuméfaction de son genou. Le lendemain il est dans l'impossibilité d'étendre son genou. Son médecin lui fait une infiltration à la scurocaïne; la douleur cède momentanément, mais la tuméfaction augmente de plus en plus. Après huit jours la tuméfaction a disparu mais le malade est dans l'impossibilité d'étendre son genou, la flexion est également limitée. La veille de son admission on refait une nouvelle infiltration qui est également suivie d'une tuméfaction.

A l'inspection gros genou, effacement des méplats. A la palpation pas de douleurs spontanées, mais un choc rotulien. On conclue à une rupture du ménisque interne. La radiographie ne révèle rien de particulier.

A la suite des pansements humides et de l'immobilisation la tuméfaction disparait. L'extension complète n'est toujours pas possible.

On procède à l'opération par une incision longitudinale de la face interne du genou. Le ménisque interne épaissi et rupturé à sa partie antérieure est extirpé dans sa totalité.

Le malade fait une hémarthrose postopératoire ponctionnée à trois reprises, puis tout rentre en ordre et après le délai voulu on commence à mobiliser le genou.

Revu seize mois après l'opération le périmètre du genou opéré est de 1 cm plus grand que celui de l'autre. Les mouvements sont libres et le malade n'éprouve plus aucune gêne. Pas de mouvements de latéralité.

—:—:—:—

1938. M. K. . . . . 21 ans, footballeur.

Ayant subi en 1937 une opération du genou gauche pour déchirure du ligament latéral interne. K. . ressent encore toujours une douleur dans le genou et une certaine gêne dans l'articulation. En 1938 il se présente à la clinique. A l'extension du genou gauche on palpe du côté externe au niveau de la ligne interarticulaire un petit bourrelet douloureux qui disparait à la flexion.

On procède à l'opération par une incision longitudinale sur la face externe du genou. On trouve une désinsertion de la partie antérieure du ménisque et une frange cartilagineuse flottant à l'intérieur de l'articulation. On procède à la méniscectomie. Douze jours après l'opération le malade commence la mobilisation active.

Revu un an après l'opération la marche est tout à fait normale, K. . . ne ressent plus aucune douleur et rejoue de nouveau du foot-ball. Le périmètre du genou opéré dépasse de 1 cm. celui du genou normal. Il y a un léger mouvement de latéralité.

—:—:—:—

1938. M. M. . . . 31 ans.

Deux ans avant son admission le malade aurait ressenti en courant une douleur au niveau du côté interne du genou gauche. Il se plaint depuis ce moment de douleurs au niveau de ce genou, qu'il n'arrive plus a étendre complètement. Souvent à l'occasion d'un mouvement brusque les douleurs deviennent intenses, le genou enfle et se bloque quelquefois.

A l'examen le genou malade n'est pas tuméfié. La palpation provoque une douleur au niveau de l'interligne articulaire du côté interne de la rotule gauche. A la flexion on y sent une petite saillie; l'extension complète est impossible.

A l'opération par arthrotomie transversale on trouve une partie antérieure du ménisque, gros comme un petit pois, arrachée et flottant librement dans l'articulation. L'extirpation du ménisque est entreprise ainsi que l'extraction du fragment mobile.

Contrôlé dix-huit mois après l'opération, le malade déclare ressentir des douleurs au niveau du genou opéré, pendant une longue marche. Le genou se tuméfie également après une longue station debout. Souvent le malade ferait des faux pas ce qui entraînerait une déviation du genou du côté interne. Le malade déclare ne pouvoir marcher sans pansement.

La flexion et l'extension sont complètes, pas de mouvements de latéralité.

—:—:—:—

1938. M. W. . . . 42 ans.

Depuis quelques mois le malade se plaint de douleurs vagues dans le genou droit surtout lorsqu'il marche longtemps. Dans ses antécédents il n'y a aucun traumatisme du genou à signaler. Huit semaines avant son admission il aurait eu un blocage de son genou dont il ne se serait plus débarassé complètement jusqu'au moment de son admission. Au niveau de l'interligne articulaire le malade aurait des douleurs constantes. A deux reprises le genou droit aurait été tuméfié.

A l'examen on ne remarque pas de tuméfaction du genou malade, pas de signe net de blocage. Par contre on sent nettement à la palpation le ménisque interne rouler sous le doigt. Le ménisque semble luxé en dehors.

On procède à l'opération par une incision longitudinale sur la face interne du genou. Le ligament latéral interne est incisé dans le sens longitudinal, la capsule articulaire est ouverte. Le bord interne du ménisque est fortement épaissi, sur la face inférieure il existe une large zône rugueuse dissociée et congestionnée. La corne antérieure est partiellement arrachée. On exirpe partiellement le ménisque en laissant en place la corne postérieure. Immobilisation sur attelle.

On mobilise le genou le huitième jour.

Revu un an après l'opération, la marche n'est plus douloureuse, la flexion et l'extension sont complètes. Il n'existe pas de laxité articulaire. Le genou opéré est légèrement tuméfié, la différence de périmètre entre les deux genoux est de 1,5 cm.

—:—:—:—

1939. M. B. . . 36 ans.

Le malade souffrirait depuis plusieurs années de son genou gauche. L'observation ne mentionne pas dans quelles circonstances l'affection est survenue. Le malade

est gêné à la marche, éprouve des douleurs par intermittence, le genou est souvent tuméfié et le malade est obligé de se reposer alors quelques jours avant de pouvoir reprendre la marche.

A l'examen on constate que le genou gauche est tuméfié, très douloureux à la palpation au niveau de la face interne de l'interligne articulaire. L'extension est incomplète, signe de blocage. Lorsque le malade exécute des mouvements de la jambe on sent rouler du côté interne du genou une saillie qu'on prend pour le ménisque. On ne constate pas d'hydarthrose, pas de choc rotulien.

On procède à l'opération et on tombe sur un ménisque qui a certainement subi un traumatisme autrefois; il est en effet fendu en deux à sa partie antérieure et sa partie médiane est boursoufflée. On extirpe la moitié antérieure du ménisque. Suture des ligaments.

On commence à mobiliser le genou le neuvième jour, les mouvements sont presque redevenus normaux.

Nous avons contrôlé le résultat opératoire huit mois après l'intervention. Le genou opéré a un périmètre augmenté de 1,5 cm par rapport à l'autre. La flexion et l'extension sont redevenues complètes, le malade n'éprouve plus aucune douleur. Il n'existe pas de mouvements de latéralité. La marche est redevenue tout à fait normale, même lorsque le malade parcourt de grandes distances. Le malade qui est obligé de faire beaucoup de bicyclette, le fait sans ressentir la moindre douleur.

—:—:—:—

Ruptures transversales complètes ou incomplètes.

1931. M. S. . . 21 ans.

En 1931, en faisant du ski le malade se tord le pied, en rotation externe et remarque de suite une saillie du côté interne de l'articulation du genou gauche, qu'il peut réduire à la main, mais le malade ne peut plus marcher après cet accident. On l'amène à la clinique avec un blocage du genou gauche.

A l'examen on constate que le genou est en demi flexion. Tout mouvement actif et passif est douloureux. La palpation révèle une douleur très vive au niveau de l'interligne articulaire du genou du côté interne.

On opère le genou par une incision longitudinale du côté interne de la rotule. Le ménisque ne présente pas de

grandes lésions, une faible rupture transversale se voit, par contre le ménisque est anormalement mobile. On fait l'extirpation aussi large que possible. Après l'opération le genou est considérablement enflé et la ponction ramène du sang.

Revu huit ans après l'opération le genou présente un léger mouvement de latéralité. La flexion et l'extension sont complètes. A la longue marche le malade ressentirait des douleurs dans le creux poplité et du côté interne de la rotule. La montée et la descente des escaliers se fait normalement.

—:—:—:—

M. B. . . 33 ans, électricien.

Quatre mois avant son entrée à l'hôpital, travaillant en position accroupie, le genou en flexion, B. . fait un faux mouvement et s'administre un coup violent sur son genou gauche. Il en résulte un blocage de son genou. Par la suite nombreuses récidives de son blocage. L'air chaud et les massages prescrits par son médecin n'améliorent pas son état.

A l'examen on ne constate qu'une hydarthrose.

A l'opération par section transversale du ligament latéral on constate une rupture transversale du ménisque. Le côté interne est complètement décollé et arraché sur une longueur de 3 à 4 cm. Une partie du ménisque flotte librement dans l'articulation. La partie non lésée du ménisque est laissée en place, le reste est extirpé Soins postopératoires habituels.

Contrôlé cinq ans après l'opération la marche est bonne. La flexion et l'extension sont normales. Pas de mouvements de latéralité. Cependant le malade éprouve une certaine faiblesse du genou opéré, à la station debout, la marche prolongée est douloureuse, la descente des escaliers gênée. Le genou opéré est légèrement tuméfié.

—:—:—:—

1936. M. L. . . . 28 ans.

Aurait eu huit ans avant son admission à la Clinique, une douleur dans le genou droit à la suite d'une légère entorse avec ébauche de blocage. Le malade n'aurait plus eu de gêne fonctionnelle jusqu'à cinq semaines avant son admission. A ce moment en sautant du haut d'un camion il aurait ressenti une douleur brusque dans le genou

droit et aurait été dans l'impossibilité d'étendre complètement sa jambe. Après quinze jours le malade aurait repris son travail en gardant une légère gêne à l'extension du genou. Cinq semaines après, en s'agenouillant, nouveau blocage qui amène le malade à la clinique.

A l'inspection rien de particulier. A la palpation: point douloureux au niveau de l'interligne articulaire à la face interne du genou. Mobilisation: flexion bonne, extension un peu limitée par la douleur.

A l'opération on trouve un ménisque interne désinséré sur toute sa longueur et luxé en dehors du condyle interne. Extirpation totale par une incision parallèle à l'axe du membre. Après quinze jours le malade quitte la clinique en bon état.

Nous avons pu contrôler le résultat trois ans après l'opération, il ne subsiste plus de séquelles, aucune tuméfaction, aucune limitation des mouvements. Le malade affirme qu'il ne ressent presque plus de douleurs et qu'il n'aurait plus jamais eu de blocage.

—:—:—:—

1938. M. M. . . chauffeur.

Trois semaines avant l'admission le malade aurait glissé et serait tombé, la jambe droite en rotation interne. M. . . n'aurait pas pu se relever, ni marcher dans la suite. Après quelques massages et frictions ordonnées par son médecin le malade marche avec beaucoup de peine.

A l'examen on constate une légère saillie du côté interne du genou au dessus du rebord supérieur du tibia, saillie douloureuse à la palpation. L'extension complète est impossible. A la flexion du genou la saillie disparait et fait place à une légère dépression. On procède à l'arthrotomie transversale du genou droit. Le ménisque interne luxé et fissuré transversalement est extirpé. Pansement fixatif selon la méthode habituelle.

Contrôlé dix-huit mois après l'opération, le malade présente une cicatrice légèrement douloureuse. Les mouvements actifs et passifs ne sont ni douloureux ni entravés. Pas de mouvements de latéralité. Le malade se plaint de ne pouvoir soulever des poids aussi lourds qu'auparavant. Il ne sbsiste plus qu'une minime augmentation de volume du genou opéré.

—:—:—:—

Arrachement de la corne postérieure.

1932. M. D. . . 57 ans, bûcheron.

Deux mois avant son admission à la clinique, le malade est renversé par un traîneau chargé de bois. Il tombe sur son genou gauche qui enfle immédiatement, mais n'est pas très douloureux. Peu de temps après, le malade remarque que le genou gauche devient de plus en plus douloureux; il est souvent obligé d'interrompre la marche. Après un court repos la douleur disparait et la marche redevient possible.

Le malade présente à l'examen un genou tuméfié, douloureux et on sent du côté externe de l'articulation une petite saillie mobile qui semble être le ménisque externe. Pas de signe de blocage.

Opération: On procède par une incision longitudinale parallèle au rebord externe de la rotule. On aperçoit une partie du ménisque qui présente une fissure transversale a trois centimètres de son insertion antérieure. On ne voit plus la partie postérieure du ménisque. On incise le ligament latéral externe et on aperçoit une déchirure du ménisque à la corne postérieure, un bout libre flotte dans l'articulation. On extirpe le ménisque, on ferme l'articulation, plan par plan. Soins postopératoires habituels.

Revu sept ans après l'opération, le malade présente une légère raideur du genou, l'extension et la flexion sont gênées. La marche n'est pas très bonne, le genou est légèrement tuméfié lorsque le malade marche.

—:—:—:—

1933. M. G. . . 18 ans.

Deux mois avant son admission G. . aurait reçu un coup violent sur la face externe du genou droit en jouant au foot-ball. Le malade continue à jouer, puis subitement à la suite d'un faux pas et d'un glissement du pied en dehors, la jambe droite devie vers le dehors. Remise spontanément en place le malade souffre de son genou droit qui reste tuméfié. Un mois après, en rejouant au football, même lésion de la jambe qui se remet de suite en place. G. . aurait senti un craquement et aurait ressenti de violentes douleurs au niveau de la face interne de genou.

A l'admission il existe une tuméfaction du genou, à la ponction on retire environ 70 cc. de sang. La tuméfaction disparait ainsi que la douleur, mais le malade ne peut plus étendre complètement la jambe. Pansement fi-

xatif. Tout rentre en ordre. Cinq mois après en sautant du tramway le malade sent un craquement et une vive douleur au niveau du genou droit qui reste fixé en demi flexion. A l'admission on constate une disposition des méplats au niveau des culs de sacs supérieurs de même qu'un choc rotulien. Vive douleur au niveau de l'interligne articulaire. Le genou est en flexion légère.

On incise au niveau de l'interligne articulaire interne du genou droit. On sectionne longitudinalement le ligament et on ouvre l'articulation. Le ménisque présente quelques arrachements du côté postéro-interne. Méniscectomie subtotale. Après l'ablation des fils le genou est mis dans un pansement fixatif.

Nous avons pu contrôler le malade six ans après son opération. Le genou est en très bon état, les mouvements libres. Aucune limitation à la flexion et à l'extension, pas de tuméfaction du genou opéré. Le malade ne ressent plus aucune douleur et rejoue du football.

—:—:—:—

1937. M. L. . . 22 ans.

En février 1937 M. reçoit un violent choc sur le mollet droit et tombe à terre, le genou en flexion. En se relevant il ne peut plus se mettre sur sa jambe droite et le genou se met à enfler. Le malade ne peut plus étendre sa jambe. Traité par des compresses, la tuméfaction disparait au bout de trois semaines et le malade récupère la fonction de son articulation. Trois mois après en descendant un escalier, L. ressent une douleur brusque dans son genou droit qu'il n'arrive plus à étendre. Au bout de dix minutes de mobilisation, tout rentre en ordre. Quinze jours plus tard en s'agenouillant, nouveau blocage qui persiste cinq jours. A l'admission le malade va mieux. En se promenant devant la clinique L. ressent une violente douleur au niveau du genou qui se bloque à nouveau.

A l'examen: tuméfaction du genou droit avec épanchement intra-articulaire. A la pression: douleur au niveau du genou. Au niveau de l'interligne interne ou sent nettement le ménisque. La flexion est bonne, l'extension incomplète.

A l'opération on trouve un ménisque effiloché et presque entièrement déchiré à sa partie postérieure. On procède à la méniscectomie. Suture du ligament sectionné transversalement.

Contrôlé deux ans après son opération, le malade ne ressent plus aucune gêne à la marche. Aucune récidive de

blocage; la flexion et l'extension sont complètes. Le malade travaillant dans la position debout toute la journée ne ressent plus aucune douleur. Aucun mouvement de latéralité. Il persiste une légère tuméfaction du genou opéré et une douleur aux changements de temps.

—:—:—:—

1939 M. D. . . 24 ans.

D. fait un faux mouvement en jouant au football; il tombe et ne peut plus se relever. De suite le genou est fortement tuméfié et bloqué. Malgré un pansement plâtré de trois semaines D. ne constate aucune amélioration. Le malade arrive à mouvoir légèrement sa jambe et malgré quelques massages, un certain blocage subsiste.

Adressé à la clinique, on constate à l'examen un genou tuméfié, l'extension est incomplète. Du côté interne du genou existe un point douloureux et électif.

On procède à l'opération par une incision longitudinale sur la face interne du genou. On ouvre longitudinalement le ligament latéral interne et la capsule articulaire. Le ménisque interne déborde largement l'interligne articulaire. La partie postérieure restant entre les surfaces articulaires est irrégulière et présente un arrachement de la corne postérieure. On procède à l'extirpation totale du ménisque après section transversale partielle du ligament latéral interne.

Les suites post-opératoires sont bonnes. Revu 7 mois après l'opération le malade ne présente plus aucune limitation des mouvements; flexion et extension parfaites même après une longue fatigue. D. rejoue au football, le genou ne présente aucune tuméfaction, aucune faiblesse.

Après cet exposé des 33 observations cliniques, voyons quelle est la conclusion qui s'impose à nous. Avant de conclure à un pourcentage de guérisons intégrales, passables et mauvaises, nous définirons brièvement, comment nous interprétons les résultats. Nous tâcherons ensuite de voir à quoi peuvent être dûs les sésultats passables ou mauvais et nous chercherons à comparer, dans la mesure du possible, nos résultats obtenus, à ceux publiés par différents auteurs.

Nous qualifierons de guérison intégrale, comme l'a fait JENTZER, toute opération, à la suite de laquelle la récupération anatomique et fonctionnelle est tout-à-fait complète. Le type en est fourni par les sportifs qui ont récupéré toutes leurs qualités athlétiques. Cet auteur cite les cas d'un skieur, d'un montagnard et d'un lutteur qui, à la suite de leur méniscectomie, pratiquent de nouveau leur sport comme avant l'accident. Un cas qu'il a opéré en 1926, a recupéré la totalité de la flexion du genou; ce malade refait du ski, de la lutte, de la marche sans aucune douleur. TAVERNIER, dans le même ordre d'idées, expose le cas d'un joueur professionnel de foot-bal, auquel il a enlevé, avec succès, trois de ses ménisques en 7 ans, pour lui conserver son gagne-pain. Parmi nos observations, nous avons également deux cas de joueurs professionnels de foot-ball, dont la guérison, à la suite de l'extirpation totale d'un ménisque, a été intégrale.

Sont à considérer d'après TAVERNIER et JENTZER comme résultats imparfaits, les cas où l'examen objectif montre un genou normal, sans laxité et sans limitation de mouvement, mais où le sujet signale de temps à autre quelques réactions douloureuses, ou se plaint simplement de ne pouvoir plus courir. Les cas où les opérés ne peuvent plus courir semblent curieux; ces malades ayant des genoux normaux et non douloureux avec, cependant, quelquefois un peu d'atrophie du quadriceps, marchent très bien et ne savent pas expliquer, pourquoi ils ne peuvent courir. Pourtant ils ne se plaignent pas de leur état qu'ils semblent considérer comme normal. TAVERNIER ayant observé le fait une première fois, l'attribuait à un facteur psychique, à une sorte d'appréhension reflexe, mais ayant vu par la suite d'autres malades semblables chez lesquels cet état se prolongeait pendant des années, il n'ose plus insister.

Les résultats postopératoires de nos 33 cas sans distinction ont été les suivants: 25 bons — 4 moyens et 4 mauvais, mais ces chiffres demandent à être examinés sous différents points de vue, d'une part, en tenant compte

des lésions méniscales, d'autre part, en prenant comme critère la technique opératoire.

D'après la classification que nous avons suivie pour l'exposé des observations, c'est-à-dire en tenant compte des lésions méniscales trouvées à l'opération, les résultats sont les suivants:

Pour 15 cas opérés pour fracture en anse de seau ou fissuration horizontale, nous avons pu observer 10 bons résultats, 4 résultats moyens et 1 mauvais;

— sur 10 cas opérés pour lésion de la corne antérieure: 8 cas ont donné des guérisons intégrales, 2 résultats ont été nettement mauvais.

— sur 4 cas opérés pour rupture transversale complète ou incomplète, tous les 4 ont donné de bons résultats.

— sur 4 cas opérés pour des arrachements de la corne postérieure, 3 cas ont donné de bons résultats contre 1 mauvais.

Il serait difficile de conclure d'après cet exposé, que telle ou telle lésion méniscale prédisposerait en elle-même à un bon ou mauvais résultat post-opératoire.

Nous détournant de cette classification, nous nous adresserons aux différents modes opératoires pour chercher à trouver de ce côté un avantage au point de vue des résultats. Nous envisagerons simplement deux méthodes: l'une, sectionnant transversalement de ligament latéral, l'autre, le fendant longitudinalement.

Sur nos 33 cas, 7 ont été opérés selon la méthode de TAVERNIER, c'est-à-dire par arthrotomie transversale, 4 résultats ont été parfaits; 2 ont donné des résultats moyens et 1 mauvais résultat. Sur les 26 cas opérés par voie pararotulienne, 21 cas ont été suivis de guérison intégrale; 2 résultats moyens; 3 cas ont donné de mauvais résultats. La proportion des échecs est donc un peu plus élevée pour la première des deux techniques.

Nous avons vu dans la première partie de notre exposé les avantages de la section transversale du ligament latéral. Un ligament intact n'est pas plus solide qu'un ligament minutieusement réparé.

Dans la littérature, on ne trouve en effet pas de description relatant de la laxité ligamentaire chez les cas opérés à la TAVERNIER. Il faudrait cependant manquer de sens critique pour exclure toute autre technique. Chaque méthode a ses avantages, judicieusement appliquée. Ce n'est donc probablement pas de ce côté qu'il faille chercher l'explication de quelques mauvais résultats. On serait tenté de croire que certains de ceux-ci s'expliqueraient du fait qu'on n'a extirpé que la corne antérieure et que la partie postérieure ait été laissée en place. Parmi nos cas opérés, 4 ont subi l'extirpation partielle du ménisque, la corne postérieure ayant été laissée en place; toutes les 4 opérations ont été suivies de guérison intégrale. En admettant donc que le résultat post-opératoire ne dépend ni de la lésion méniscale initiale, ni de l'application de telle ou telle méthode opératoire, les différentes techniques pouvant donner de bons ou mauvais résultats, voyons maintenant à quoi peuvent être attribués les échecs que nous pouvons relever dans toutes les publications.

Dans un certain nombre de cas, l'application de l'une ou l'autre technique opératoire était dépourvue de la perfection nécessaire.

Avant tout, l'asepsie très soignée est de rigueur. La technique du "no touch" des chirurgiens anglais qui opèrent à bout d'instruments, est à apprécier.

Durant l'extirpation du ménisque, il faut éviter de blesser les cartilages des condyles, la moindre blessure pouvant amorcer une ostéchondrite, le ligament latéral doit être suturé en position de relâchement, de demi-flexion du genou. Ne pas faire de points perforants dans le ligament latéral, de façon à ce que les noeuds qui s'éliminaient, tombent en-dehors de l'articulation et non en-dedans. Appliquer un pansement compressif, la cuisse et la jambe étant fixées sur attelle. Procéder à la mobilisation passive le 8e jour après l'opération, à la mobilisation active, le 12e jour. Vers le 18e et 20e jour, le malade pourra se lever.

Dans d'autres cas, le mauvais résultat peut être dû à une faute de diagnostic, le malade n'ayant pas souffert du ménisque opéré, ou la lésion méniscale ayant été accompagnée d'une autre maladie du genou, telle qu'arthrite, maladie de Pellegrini—Stieda, etc. De là, l'importance du diagnostic: le blocage franc, irréductible, la douleur localisée, les entorses à répétition, l'atrophie musculaire étant des signes importants, on peut en cas de doute s'adresser à la radiographie après injection d'air ou d'oxygène, ou même de lipiodol ou de thorostrat, à l'arthroscopie, selon la méthode de BIRCHER, à l'auscultation de l'articulation, à l'épreuve thérapeutique, en se souvenant que les traumatismes capables de léser le ménisque, commencent souvent par causer des hémorragies suivies de réactions inflammatoires, douloureuses; si après un traitement physiothérapique de deux à trois semaines, la résorption de l'hémorragie se fait et qu'on perçoit un ménisque douloureux, l'intervention seule peut guérir le malade.

Il ne faut pas perdre de vue que le tempérament, l'état général déficient, des diathèses ou un mauvais état circulatoire, ainsi que le terrain, dont la sensibilité hyperérgique est variable, constituent pour la réussite de l'intervention des facteurs importants.

D'autres causes d'insuccès sont dûes à des arrachements partiels du cartilage d'encroutement du condyle. Chez d'autres malades, il peut subsister une lésion méconnue du ménisque restant, ou la méniscite peut se compliquer d'une arthrite sèche. TAVERNIER cite le cas d'un malade qui a gardé un genou douloureux après son opération; douleur très vive, profonde, localisée derrière la rotule, déclanchée par le moindre mouvement de flexion, obligeant le malade à marcher le genou raide. Après une deuxième intervention, extirpation du ligament adipeux, la douleur disparut. L'opéré est resté cependant dans la catégorie de ceux qui ne peuvent courir. MANDL a dû réopérer un malade, parcequ'un fragment du ménisque

était resté inclus dans l'articulation. DONATI cite un cas analogue. — TAVERNIER en cite trois.

Finalement il faut penser à toute une catégorie de malades, trop souvent méconnue, qui ne veulent pas guérir et que tous les médecins connaissent bien. Ce phénomène de "sinistrose" s'applique surtout aux malades assujetis aux assurances sociales ou ayant contracté une assurance contre accidents. Ces malades espèrent pouvoir obtenir une petite rente pour accidents de travail. Ils se plaignent de troubles subjectifs difficilement contrôlables, exagèrent leur mal et le stabilisent finalement, ayant tout fait pour ne pas récupérer leur capacité de travail complète. Il faut tenir compte de tous ces cas qui viennent fausser les résultats des statistiques.

Voyons maintenant, pour les comparer aux nôtres, les chiffres publiés par un certain nombre de chirurgiens de France et de l'Etranger.

TAVERNIER a sur 12 méniscectomies: 8 très bons résultats immédiats — 2 bons résultats après traitement prolongé, dont un avec seconde ablation, 2 résultats moins satisfaisants avec douleurs persistantes.

BRISTOW cite quinze échecs sur soixante — dix-sept opérés; HENDERSON dix-huit sur quatre-vingt-dix-huit. TAVERNIER cite encore une série de cinquante-sept méniscectomies avec quarante-huit guérisons intégrales et huit résultats imparfaits.

JENTZER a chez 30 opérés de méniscectomie pour ménisques déchirés — vingt-quatre guérisons intégrales.

MANDL publie en 1933 les résultats de 400 méniscectomies, en ne tenant compte que des cas qu'il a opérés au moins 8 mois avant sa publication.

80%, c'est-à-dire deux cents soixante-douze ont été complètement guéris; ils pratiquent leur sport comme avant leur opération et ne sont nullement gênés dans l'exercice de leur profession.

10%, c'est-à-dire trente-cinq patients se plaignent de temps à autre de légers troubles, mais peuvent pratiquer des sports et exercer leur métier.

4,5%, c'est-à-dire seize sont améliorés, capables de travailler, mais ne peuvent pas pratiquer de sport.

4,4%, c'est-à-dire quinze ne sont pas guéris, mais ne se portent pas plus mal qu'avant l'opération.

Malgré tout, MANDL considère que 90% des cas ont donné de bons résultats.

Quelques cas ont été réopérés pour différentes raisons et MANDL a pu observer, fait curieux, la régénération de certains ménisques extirpés.

En contrôlant les résultats, cet auteur n'a pu établir de différence entre les cas chez lesquels il a extirpé le ménisque complètement et ceux chez lesquels il a procédé à une extirpation partielle.

HENDERSON, sur 58 cas opérés de méniscectomie n'a que des résultats excellents.

STEINMANN, sur 100 cas, n'a observé que des guérisons complètes.

BIRCHER, dans une publication, constate 93% de bons résultats — sur les 7% qui restent, il a constaté des séquelles légères.

BRISTON a opéré 39 cas:
6 opérés manquent de force —
2 opérés ont récidivé —
1 opéré a des dérobements de la jambe,
les 30 autres cas ont donné de bons résultats.

MAC NEILL LOVE, sur 50 cas opérés, a:
70% de bons résultats —
22% de résultats passables —
8% de mauvais résultats.

KOPP a publié des statistiques sur 16 cas opérés:
11 ont donné des résultats parfaits —
4 ont une persistance de légères douleurs —
1 cas présente une persistance de douleurs vives.

G. BRIZARD publie 6 cas opérés de méniscectomie, dont tous ont subi une arthrotomie avec conservation du ligament latéral interne:

1 résultat est parfait —
2 résultats sont bons —
2 résultats sont assez bons —
1 résultat est médiocre —

5 fois sur 6, les sujets opérés ont été jeunes.

FIORENTINI a opéré 41 cas:

65% ont donné de bons résultats —
35% ont donné des résultats excellents —

il n'a à enregistrer aucun échec.

LAUTZAMIS, sur 134 cas opérés, observe:

114 résultats excellents —
20 bons résultats.

BAUMANN publie de résultat de 99 cas:

17% avec restitution ad integrum —
35% de résultats parfaits —
41% de résultats moyens —
6% de résultats défavorables.

JIRASEK, sur 15 malades opérés, constate chez:

3 opérés — des craquements du genou —
3 opérés — des mouvements de latéralité —
4 opérés — une légère diminution de la flexion —
2 opérés — une limitation de l'extension.

DENGLER, sur 74 cas publiés, constate:

24 résultats parfaits —
25 résultats bons —
18 résultats moyens —
7 mauvais résultats.

JURGENS a constaté chez 47 opérés:

23 fois, un retour complet sans aucune gêne —
11 fois, une gêne passagère avec douleurs rhumatismales —
7 fois, des résultats médiocres, avec capacité sportive amoindrie —

4 fois, une capacité de travail complètement récupérée —

2 fois, une capacité de travail diminuée.

DEFRENNES, dans sa thèse (suites éloignées de méniscectomie), publie 49 cas opérés et revus; il constate les résultats suivants:

1°) Restitution ad integrum:
11 opérés, c'est-à-dire: 22,5% —

2°) Résultats excellents:
21 cas, c'est-à-dire: 42,5% —

3°) Résultats bons:
12 cas, c'est-à-dire: 24,5% —

4°) Résultats médiocres:
5 cas, c'est-à-dire: 10,5%.

Parmi les 5 mauvais cas:

1 présente une hydarthrose, des craquements articulaires, souffre de douleurs pénibles aux changements de temps et une flexion douloureuse.

1 présente une flexion douloureuse, le malade ne peut supporter la position à genoux et souffre beaucoup aux changements de temps —

1 présente des syndromes douloureux, excessivement marqués et une limitation de la flexion du genou —

1 présente une articulation douloureuse à la pression et des mouvements de latéralité —

1 présente une flexion limitée et douloureuse, des douleurs aux changements de temps, dans la position agenouillée, etc. —

DEFRENNES, dans son chapître de l'examen radiographique du genou après méniscectomie, constate que, sur 44 genoux examinés, 15 présentent des signes d'arthrite chronique.

4 fois, il a observé des ossifications capsulaires et para-articulaires — dans 1 cas, un ostéome para-condy-

lien du volume d'une noix, siègeait à la face interne de l'articulation —

1 cas présentait une ostéochondrite dissèquante, en outre, il a observé plusieurs cas de déformation articulaire après méniscectomie

—:—:—:—

CONCLUSIONS.

1°) Il ressort de notre travail que le résultat de nos 33 méniscectomies est à considérer comme favorable, vu que pour la grande majorité de nos opérés (76%), la récupération anatomique et fonctionnelle a été parfaite et que dans la moitié (12%) des autres cas, il a été du moins satisfaisant.

2°) Ce résultat correspond au pourcentage des réussites que nous avons pu relever dans les nombreuses publications faites à ce sujet en France et à l'Etranger.

3°) La proportion des guérisons est à-peu-près la même dans les différentes formes des lésions méniscales et les différentes méthodes opératoires employées.

4°) Les quelques échecs doivent être attribués en partie à des imperfections de détail dans la technique opératoire employée qui doit être d'une minutie extrême, en partie à un facteur individuel neuro-trophique de nature mal connue, en partie enfin à des éléments moraux en rapport avec ce qu'on a coutume d'appeler en médecine sociale de la "sinistrose".

5°) Le choix de la voie d'accès dépendra du diagnostic précis de la lésion. On donnera la préférence à la

voie pararotulienne dans les ruptures de la corne antérieure, dans les ruptures transversales antérieures et dans les déchirures longitudinales, à la voie transversale dans les ruptures de la corne postérieure.

6°) On peut conclure de cet exposé que la chirurgie des lésions méniscales donne dans la grande majorité des cas d'excellents résultats, mais qu'elle réserve encore quelques embûches qui, avec le perfectionnement des méthodes de diagnostic et d'opération, seront de plus en plus survaincues sans qu'on puisse jamais compter sur une réussite idéale dans tous les cas.

—:—:—:—

Clermont, le 19 avril 1940.

Vu :

Le Président :

A. WEISS.

Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg,

André FORSTER.

Clermont, le 19 avril 1940.

Vu et permis d'imprimer :

Pour le Recteur de l'Académie de Strasbourg,

André FORSTER,

Doyen délégué.

BIBLIOGRAPHIE.

1°) BAUMANN: sur les résultats durables des lésions traumatiques des ménisques du genou traitées par l'opération (Arch. für orthopädische und Unfall-Chirurgie 1921 — tome XIX — fasc. 2 — p. 250—308).

2°) BIZARD: Quelques résultats éloignés de méniscectomie (Le Nord Médical — 1er Octobre 1928).

3°) BRISTON: Réunion annuelle de la British Medicale Association — mai 1924.

4°) BRUNATI: Notes pour servir à la méniscectomie interne, totale, systématique, avec conservation du ligament latéral interne. (Ann. d'Anat. Path. 14.886.889 de Déc. 1937).

5°) COTTALORDA: Désinsertion de la corne postérieure du ménisque externe — arthrotomie transrotulienne transversale. Excellent résultat (Bull. Mém. Soc. Chir. t. L VIII No 32,1932 — p. 1506).

6°) a) DELCHEF: Note sur une nouvelle incision d'arthrotomie du genou, spécialement indiquée dans la méniscectomie. Relation d'un cas opéré par ce procédé — (Extr. du Bull. de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique — Séance du 28-2-25 — p. 82).

b) DELCHEF: A propos de la pathologie des ménisques du genou et plus spécialement du diagnostic et du traitement — (Extr. Comptes-rendus du 35e Congrès de l'Assoc. Fr. de Chir. 1926).

7°) DENGLER: Ueber Ergebnisse nach Meniskusoperationen (Beitr. z. Klin. Chir. 167 — p. 449—472 — Avril 1938 — Presse Médicale No 82 — p. 156.

8°) P. DIETRICH: Contribution à la clinique et à la thérapeutique des lésions méniscales du genou à la suite de 47 méniscectomies, dont 6 pratiquées pour les kystes du ménisque interne (Soc. Méd. de Colmar et du Haut-Rhin — Séance du 30-10-31).

9°) FIORENTINI: Relievi considerazioni sulle lesioni dei menischi
A.: articolari del ginocchio osservate nello Sezione Mecanoterapica dell'ospedale Maggiori di Milano con controlla den meniscectonizzati. (Arch. di ortopedia; vol. 51 — fasc. 3 — 30 sept. 1935 — p. 629—653).

10°) FORTON P.: Deux cas de méniscectomie (Réunion d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur. Bordeaux — séance du 28-11-35 — Journal Médical de Bordeaux No 7 — 10 mars 36).

11°) GAUDIER DECOULX: A propos d'une méniscectomie (Réunion Méd. chir. des Hôpit. de Lille — Séance du 21-11-32 — "Le Nord Médical" — No 791 — 1-2-33).

12°) GHITZESCO POPESCO: Méniscectomie (Revista de Chirurgia No 56 — mai-juin 1933).

13°) JOCOBOVICI: Méniscectomie pour lésions des ménisques du genou (Revista de chirurgie No 1—2— Janvier — Février 1938).

14°) A. JENTZER: Opérations de TAVERNIER dans les traumatismes des ménisques. Résultats éloignés — (Gaz. Méd. de France 1-10-34)

15°) JIRASEK: Verletzungen der Menisken — Wiener Medizinische Wochenschrift — Anm. LXXX No 48 22 novembre 1930 — p. 1546—1549 No 49 et 29 novembre 1930 — p. 1587—1591. —

16°) A. JUNG: Troubles fonctionnels post-opératoires après méniscectomie traités par infiltration novocaïnique du symppathique lombaire (Rev. de chir. Paris 75.463. 464 Juin 1937).

17°) JURKENS B.: Traitement opératoire des ménisques du genou (Zeitschrift für orthopädische Chir. — vol. 50 — fasc. 2 — 1928 — p. 337—368. —

18°) LAUTZAMIS: Dérangement des ménisques du genou. Rapport sur le résultat final de 142 cas traités par l'opération (Surg. Gyn. et obstétr. n° 2 — août 1931 — p. 182—188).—

19°) MAC NEILL LOVE R. J.: le pronostic après ablation des cartilages semi-lunaires (The british medical Journ. No 3269 — 25-8-1923.

20°) MANDL: Résultats de 400 opérations du ménisque — p. 102
a) (Wiener Medizinische Wochens. LXXXIII No 4 — 27 janvier 1933).

20°) MANDL: Opération et résultats de 400 méniscectomies (Fasc.
b) 9 et 10 — Deutsche Zeitschrift für Chir. Berlin — 21 mars vol. CCXXXIX).—

21°) P. MASINI: Méniscectomie par voie transversale interne de MANCHET—TAVERNIER (Bull. et mén. soc. chir. Marseille No 8 — oct. 1935 — séance du 21-10-35).

22°) MASMONTEIL: De la méniscectomie totale ou subtotale (Bull. et mém. soc. des chir. de Paris — T. XXVI — No 12 — 1934 — Séance du 6-7-34).

23°) Raphaël MASSART: Méniscectomie (Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris No 4 — Sce. du 15-2-29 — p. 161).—

24°) MEIER: Résultats de la méniscectomie (schweizerische me-
a) dizinische Wochenschrift No 43 — 28-10-33). —

24°) MEIER: Résultats secondaires à la méniscectomie —
b) (schweizerische Wochenschrift No 41 — 14-10-33). —

25°) NAIRE: Résultats d'une méniscopexie et de deux méniscectomies (Lyon chir. t. XXII — No 3 — 1929 — p. 402.-)

26°) PATEL: Déchirure du ménisque interne du genou — Ablation partielle (Lyon — chir. t. XXIV — No. 5 — 1927 — p.538). —

27°) PESKOWA: Etude statistique des méniscectomies pratiquées à la première clinique chirurgicale et de leurs résultats de 1927 à 1936 (Casopis Lekara Ces. 2 Juillet 1937 — p. 1205). —

28°) MARIO REY: Un nouveau cas de déchirure du ménisque du
a) genou — Méniscectomie — Guérison (Soc. de chir. de Marseille — 1ère séance du 7 Juillet 1930). —

28°) MARIO REY: Un nouveau cas de déchirure du ménisque du
b) genou — Méniscectomie — Guérison (Ste. de chir. de Marseille — 1ère séance du 21-7-30). —

29°) H. L. ROCHER: Fissuration longitudinale en anse de seau des deux ménisques internes chez un garçon de 15 ans. Méniscectomie bilatérale en un seul temps opératoire. Résultat parfait. (Sté. de chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest-Sce. du 6-2-1930). —

30°) P. ROQUES: Méniscectomie par voie verticale latéro-rotulienne élargie — resultat fonctionnel — (Soc. de chir. de Marseille-Médical No 7 — 5 mars 1935). —

31°) ROSTOCK: Incision d'abord et technique opératoire de l'extirpation des ménisques (Zentralblatt für Chirurgie Leipzig — an 64 No 25 — 18-6-37). —

32°) STEFANINI: Traitement des lésions méniscales du genou — (Rev. de chir. n° 5 — 1933 — p. 349—370). —

33°) STAHL: Contribution à l'étude de la technique opératoire de la méniscectomie (Thèse Paris 1935 eD Je, rue Ernest Cresson—Paris).

34°) SVANTE ANDERSON. Résultats éloignés des interventions méniscales, particulièrement en ce qui concerne le pronostic (Acta chir. de chir. in Journ. de chir. — Déc. 1935). —

35°) L. TAVERNIER: Résultats éloignés d'une série de 73 méniscectomies (Bull. et mém. de la Soc. Nation. de chir. — T. LIX — No 26 — 22-7-33). —

36°) TCHAKLINE: Un nouveau signe de lésion du ménisque interne du genou (Rev. d'Orth. — t. XX — No 26, — 1933 — p. 603). —

— ● —

Je remercie les "FICHIERS DU MONDE MEDICAL" de m'avoir assuré le service de leur bibliothèque qui m'a sensiblement facilité mes recherches.